



Trabajo Final de Grado

Modalidad: Artículo científico de revisión bibliográfica

Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) para los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) desde el modelo transdiagnóstico: una revisión sistemática.

Revista seleccionada: Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento

Estudiante: Valentina Albarenga Fagúndez

C.I.: 5.175.838-1

Tutora: Prof. Adj. Dra. Gabriela Fernández Theoduloz

Revisora: Asist. Mag. Valentina Paz

Facultad de Psicología,
Universidad de la República

Montevideo, abril de 2023

Resumen

El objetivo de esta revisión sistemática fue examinar la evidencia empírica de los últimos 10 años sobre la eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en los factores transdiagnósticos de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), como la insatisfacción corporal, la autoestima, el perfeccionismo y la regulación emocional. Se llevó a cabo una búsqueda sistemática de artículos en las bases de datos electrónicas PubMed y Portal Timbó Foco, y se incluyeron 10 estudios en la revisión. Los resultados sugieren que la ACT podría ser una intervención efectiva para mejorar estos factores en pacientes con TCA. Aunque se observaron algunas diferencias entre los estudios revisados en cuanto a la eficacia de la intervención en cada uno de los factores transdiagnósticos, en general los resultados son prometedores y apuntan a la necesidad de seguir investigando la eficacia de la ACT como intervención transdiagnóstica en los TCA. Estos hallazgos podrían ser útiles para la práctica clínica y para el desarrollo de futuras investigaciones que profundicen en los mecanismos de acción de la ACT y en la eficacia de la intervención en diferentes poblaciones y contextos clínicos.

Palabras clave: *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), modelo transdiagnóstico, trastornos de la conducta alimentaria (TCA).*

Introducción

Trastornos mentales

Los trastornos mentales constituyen un conjunto de afecciones que impactan significativamente la cognición, las emociones, el comportamiento y la capacidad de relacionarse con los demás del individuo. Estos trastornos pueden ser debilitantes y afectar significativamente la calidad de vida de las personas que los padecen (APA, 2014). En el año 2019, la Organización Mundial de la Salud (2022) reportó que una proporción alarmante de la población mundial, específicamente una de cada ocho personas, equivalentes a 970 millones de individuos, padecían algún trastorno mental.

Trastornos de la conducta alimentaria (TCA)

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son un grupo de trastornos mentales que se caracterizan por una preocupación excesiva por el peso y la figura corporal, lo que lleva a una alteración significativa de los hábitos y el comportamiento alimentario. Los TCA pueden tener consecuencias graves para la salud física y el funcionamiento psicosocial de las personas que los padecen (APA, 2014).

La Organización Mundial de la Salud (2022) ha señalado que los trastornos de la conducta alimentaria son un problema de salud pública a nivel mundial. Según la OMS, se estima que los TCA afectan a alrededor de 14 millones de personas en todo el mundo. De acuerdo con una revisión sistemática recientemente publicada sobre la prevalencia de los trastornos alimentarios en la población general, se evidenció una mayor prevalencia de TCA en mujeres y en países occidentales (Qian et al., 2022). No obstante, se destaca la necesidad de realizar investigaciones adicionales con el fin de profundizar en el conocimiento de los trastornos alimentarios que afectan a la población masculina.

En Uruguay, la obtención de datos precisos sobre la prevalencia de los TCA ha resultado una tarea difícil debido a la complejidad inherente a la recopilación de información sobre estos trastornos, los cuales pueden presentarse y evolucionar de diversas maneras (Ministerio de Salud Pública, 2022). En el marco de la Encuesta Mundial de Salud Adolescente realizada en Uruguay en 2019, se evaluaron los comportamientos de riesgo asociados a los TCA, y se constató que el 3,2% de los encuestados había tomado laxantes o provocado el vómito en los últimos 30 días.

Asimismo, se registró que el 6,8% de los encuestados había realizado ayunos de más de 24 horas para perder peso en el mismo período (Ministerio de Salud Pública, 2022).

Según el DSM-5, los tres tipos principales de TCA son la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón (APA, 2014).

La anorexia nerviosa se caracteriza por una restricción persistente de la ingesta de alimentos y una preocupación obsesiva por el peso corporal y la figura. Los síntomas incluyen un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo y el curso del desarrollo del individuo, así como la negación de la gravedad del bajo peso corporal actual, miedo intenso a aumentar de peso y alteración en la forma en que el individuo percibe su propia constitución corporal generando una imagen corporal distorsionada (APA, 2014).

La bulimia nerviosa se caracteriza por episodios recurrentes de atracones de alimentos seguidos por comportamientos compensatorios inapropiados para evitar el aumento de peso como el vómito autoinducido, el uso incorrecto de laxantes o diuréticos, el ejercicio físico excesivo o una combinación de estos comportamientos. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses. Las personas que padecen bulimia nerviosa suelen sentir una pérdida de control durante los episodios de atracones y pueden sentirse avergonzadas y culpables después de ellos. La autoevaluación de la persona está indebidamente influenciada por la forma y el peso corporal (APA, 2014).

El trastorno por atracón se caracteriza por episodios recurrentes de atracones de alimentos sin comportamientos compensatorios inapropiados posteriores. Las personas que padecen este trastorno pueden comer grandes cantidades de alimentos rápidamente, incluso cuando no tienen hambre, y pueden sentir una pérdida de control durante los episodios de atracones. Los atracones se producen, en promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses. Los síntomas incluyen sentirse avergonzado y disgustado con uno mismo después de los episodios de atracones, comer hasta sentirse físicamente incómodo, y la sensación de no poder dejar de comer o controlar lo que se ingiere (APA, 2014).

A lo largo de la historia, los trastornos mentales se han abordado como entidades nosográficas independientes. Sin embargo, en los últimos años, han surgido perspectivas que sugieren la posibilidad de investigar factores compartidos entre varios trastornos. Uno de estos enfoques es el modelo transdiagnóstico.

Modelo transdiagnóstico

Es una perspectiva emergente en el campo de la psicología clínica que propone una comprensión unificada de los trastornos mentales, a diferencia del enfoque categórico tradicional del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM, por sus siglas en inglés) y otros manuales de diagnóstico. El modelo transdiagnóstico sostiene que muchos trastornos mentales comparten aspectos comunes en cuanto a su origen, mantenimiento y manifestación clínica, centrándose en los procesos subyacentes que contribuyen a la aparición de dichos trastornos en lugar de los síntomas específicos de cada uno de ellos (Eaton et al., 2015).

En el contexto de los trastornos de la conducta alimentaria, el enfoque transdiagnóstico ha demostrado ser especialmente útil para comprender su complejidad y heterogeneidad, en contraste con el enfoque categórico tradicional del DSM-5. Es importante destacar que, si bien los trastornos de la conducta alimentaria presentan síntomas y características distintivas, también comparten numerosas similitudes en términos de los procesos subyacentes que los perpetúan y los factores de riesgo que contribuyen a su desarrollo (Castellini et al., 2011).

Esto se evidencia en que, a pesar de las modificaciones realizadas en el DSM-5, como la reducción del umbral diagnóstico de la bulimia nerviosa al eliminar los subtipos, la modificación de los criterios de la anorexia nerviosa, reemplazando el criterio de "bajo peso" previamente definido como "85% del peso esperado" por "un peso inferior al mínimo normal", y la inclusión del trastorno por atracón como una categoría diagnóstica oficial (Arévalo et al., 2015), entre el 40% y el 60% de las personas diagnosticadas con un trastorno de la conducta alimentaria reciben el diagnóstico de "otro trastorno alimentario especificado" (OSFED, por sus siglas en inglés). Esto se debe a que la categoría OSFED engloba diversas combinaciones de síntomas clínicamente significativos que no cumplen con los criterios específicos de la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa o el trastorno por atracón (Forbush et al., 2017).

Además, una limitación adicional del actual sistema de clasificación del DSM-5 es la migración diagnóstica frecuente entre diferentes TCA. En este proceso, las personas con dichos trastornos a menudo cambian su diagnóstico, pasando de la anorexia nerviosa a la bulimia nerviosa, o de la bulimia nerviosa al trastorno por atracón (Eddy et al., 2008; Forbush et al., 2017). Esta migración diagnóstica puede indicar la existencia de límites arbitrarios establecidos por el DSM para definir los trastornos alimentarios, en lugar de reflejar un cambio significativo en la patología o las necesidades del paciente. De hecho, la modificación en un solo síntoma, como el aumento de peso, puede modificar el diagnóstico de una persona, pasando de la anorexia

nerviosa a la bulimia nerviosa o a un OSFED. Por lo tanto, asignar diferentes etiquetas diagnósticas a individuos que experimentan fluctuaciones en uno o en pocos síntomas resulta problemático, ya que disminuye la validez del constructo de un diagnóstico específico tanto en contextos clínicos como de investigación (Forbush et al., 2017).

Asimismo, estudios sugieren que el modelo transdiagnóstico puede resultar particularmente relevante no solo para comprender la relación entre los TCA, sino también para analizar la relación entre estos y otros trastornos mentales, como la depresión, la ansiedad y el abuso de sustancias (Keski-Rahkonen y Mustelin, 2016; Sloan et al., 2017).

Factores transdiagnósticos de los trastornos de la conducta alimentaria

Partiendo de la teoría transdiagnóstica de Fairburn et al. (2003) para los trastornos de la conducta alimentaria, se han identificado como los factores transdiagnósticos más comunes: la insatisfacción corporal, la baja autoestima, el perfeccionismo y los problemas de regulación emocional. A continuación, se definirán estos conceptos.

Insatisfacción corporal

La insatisfacción corporal se define como una evaluación subjetiva negativa del propio cuerpo físico, que puede manifestarse a través de pensamientos, sentimientos y comportamientos disfuncionales relacionados con la apariencia (Stice y Shaw, 2002). Este factor se considera un factor de riesgo tanto para el desarrollo de los TCA, como para la recaída tras la remisión de los mismos (Fogelkvist et al., 2016), y se relaciona con la adopción de conductas alimentarias restrictivas y/o purgativas (Fogelkvist et al., 2020).

Según lo señalado por Pearson et al. (2012), a pesar de que la incidencia de los trastornos alimentarios disminuye durante los diez años posteriores a la juventud adulta, los altos niveles de insatisfacción con la imagen corporal persisten con el tiempo. En consecuencia, una gran cantidad de mujeres pueden no presentar un trastorno alimentario clínicamente significativo, pero aun así experimentan una gran angustia emocional relacionada con su imagen corporal a lo largo de su vida. De acuerdo con estos autores, la insatisfacción corporal es un problema complejo para abordar debido a su naturaleza subclínica pero generalizada, así como a su aceptación

social. Se trata de un descontento que se considera normativo, junto con la angustia emocional generalizada y patrones alimentarios desordenados asociados, que afecta a una gran proporción de mujeres en la cultura occidental (Pearson et al., 2012).

Autoestima

La autoestima se define como la valoración subjetiva y general que una persona hace de sí misma en relación con sus características, habilidades, logros y fracasos. La autoestima es un constructo complejo que involucra factores cognitivos, emocionales y sociales, y se ha demostrado que está relacionado con diversos aspectos de la salud mental y el bienestar (Orth et al., 2010). Según Zhu y Yzer (2021), la autoestima es una autoevaluación global, independiente del contexto, relativamente estable y que refleja el conocimiento sobre uno mismo que se sintetiza a partir de una amplia gama de interacciones entre el individuo y su entorno.

En ese sentido, la baja autoestima se define como una valoración subjetiva y general de uno mismo negativa y se ha relacionado con una serie de problemas de salud mental y emocional, incluyendo la depresión, la ansiedad, el abuso de sustancias y los trastornos alimentarios (Orth et al., 2010). Diversos estudios han demostrado que los pacientes con TCA presentan niveles significativamente más bajos de autoestima en comparación con individuos sin estos trastornos (Silverstone y Salsali, 2003). Según estos estudios, la preocupación excesiva por la alimentación, el peso y la figura, y el intento de controlar estos aspectos, son parte de un esquema disfuncional de evaluación de la autoestima que contribuye a la perpetuación de los síntomas del trastorno de la conducta alimentaria y dificulta su recuperación.

Según Fairburn et al. (2003), la presencia de baja autoestima en los pacientes con TCA puede generar un sentimiento de desesperanza en relación con su capacidad para cambiar, lo que a su vez puede impactar negativamente su disposición para cumplir con el tratamiento. Además, la baja autoestima que experimentan estos pacientes puede motivarlos a buscar el éxito en áreas específicas que valoran, como el control de la sobrealimentación, la figura y el peso, lo que dificulta aún más su capacidad para cambiar en estos ámbitos. Este estado se autoperpetúa, ya que estos pacientes suelen presentar sesgos de procesamiento cognitivo negativo especialmente pronunciados, lo que los hace tender a generalizar en exceso. Por consiguiente, cualquier percibido "fracaso" se interpreta como una confirmación de su visión negativa de sí mismos, lo que refuerza aún más su creencia en su inadecuación personal (Fairburn et al., 2003).

Perfeccionismo

El perfeccionismo se define como la tendencia a establecer metas y expectativas inalcanzables para uno mismo, así como a evaluar de manera negativa los propios logros (Lazarevic et al., 2016). Este rasgo de personalidad se ha identificado como un factor de riesgo en el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria, ya que puede contribuir a la adopción de conductas alimentarias restrictivas o purgativas como una forma de controlar la apariencia física (Lazarevic et al., 2016).

Diversos estudios han demostrado una correlación significativa entre las distintas dimensiones del perfeccionismo (como el perfeccionismo orientado a sí mismo, que implica fijar estándares de perfección personal; el perfeccionismo socialmente prescrito, que se refiere a la percepción de que los demás esperan la perfección; y la autopercepción perfeccionista, que se relaciona con la adopción de comportamientos para mostrar una imagen impecable a los demás) y los síntomas y conductas alimentarias disfuncionales, especialmente en relación con las dietas y el ejercicio compulsivo (McLaren et al., 2001).

Según Fairburn et al. (2003), en los pacientes con trastornos alimentarios, el perfeccionismo clínico se caracteriza por el miedo al fracaso (como el miedo a comer en exceso, "engordar" o aumentar de peso), la atención constante y selectiva al rendimiento (manifestada, por ejemplo, en el recuento repetitivo de calorías o la comprobación frecuente de la figura y el peso), y la autocrítica derivada de valoraciones negativas sesgadas de su desempeño. Por lo tanto, la intervención en el perfeccionismo clínico eliminaría una red de mecanismos de mantenimiento poderosa y adicional, lo que facilitaría el cambio en estos pacientes (Fairburn et al., 2003).

Regulación emocional

La regulación emocional se define como el conjunto de procesos automáticos y controlados implicados en el inicio, mantenimiento y modificación de la aparición, intensidad y duración de las emociones (Prefit et al., 2019). La dificultad en la regulación emocional, incluyendo problemas para identificar y expresar emociones, ha sido identificada como un factor transdiagnóstico común en los TCA. La falta de habilidades en la regulación emocional puede contribuir a la adopción de conductas alimentarias restrictivas o purgativas como una forma de

hacer frente a las emociones negativas, lo cual se relaciona con una mayor vulnerabilidad a la ansiedad y a conductas adictivas, así como con una elevada evitación del daño, impulsividad y baja autodirección (Munguía et al., 2021).

Fairburn et al. (2003) sostienen que los pacientes con trastornos alimentarios pueden presentar dificultades para regular ciertos estados emocionales intensos, como la ansiedad, la ira, la depresión e incluso los positivos, como la excitación. Esto puede llevarlos a desarrollar conductas disfuncionales para regular su estado emocional, las cuales temporalmente les permiten reducir su conciencia del estado emocional que desencadena su malestar y neutralizarlo. Entre dichas conductas, pueden presentarse los atracones, los vómitos autoinducidos, el ejercicio intenso, las autolesiones o el consumo de sustancias psicoactivas (Fairburn et al., 2003).

Tratamiento psicológico para los trastornos de la conducta alimentaria

A lo largo del tiempo se han desarrollado diversos enfoques psicoterapéuticos para tratar los trastornos de la conducta alimentaria. Sin embargo, según Latzer y Stein (2019), solo unos pocos tratamientos basados en la evidencia han demostrado ser eficaces en el tratamiento de los TCA, principalmente para trastornos específicos y en etapas específicas de la enfermedad. Por ejemplo, la terapia familiar centrada en los síntomas relacionados con los TCA (FBT, por sus siglas en inglés) ha demostrado ser eficaz a corto plazo para adolescentes con anorexia nerviosa, mientras que la terapia cognitivo-conductual para los trastornos de la conducta alimentaria (CBT-ED, por sus siglas en inglés) y la psicoterapia interpersonal (IPT, por sus siglas en inglés) se han encontrado eficaces para jóvenes con bulimia nerviosa y trastorno por atracón.

En esta revisión, nos enfocaremos en la terapia cognitivo-conductual para tratar los trastornos de la conducta alimentaria. Los enfoques cognitivo-conductuales para la comprensión y el tratamiento de los TCA fueron desarrollados por primera vez a principios de los años ochenta para la bulimia nerviosa (Fairburn, 1981; Fairburn et al., 1986; Turner, 2014). La terapia cognitivo-conductual para la bulimia nerviosa (TCC-BN) se basa en la teoría explicativa del mantenimiento de este trastorno, la cual sostiene que el sistema disfuncional de autoevaluación es el elemento central que lo mantiene. A diferencia de la mayoría de las personas que se evalúan a sí mismas en distintas áreas de su vida, como las relaciones interpersonales, el trabajo, la familia y los intereses personales, las personas con TCA se juzgan principalmente en relación con sus hábitos

de ingesta, su figura y peso corporal, y su capacidad para controlarlos. La sobrevaloración de la importancia de la figura, el peso y su control es la pieza clave en el mantenimiento del problema, lo que ha sido denominado por Fairburn, Cooper y Shafran (2003) como el "núcleo psicopatológico". Desde entonces, la teoría y el tratamiento han evolucionado para centrarse en los mecanismos propuestos que mantienen la psicopatología del trastorno alimentario en toda la gama de los TCA (Cooper y Fairburn, 2011).

Sin embargo, según Pearson et al., (2012), los tratamientos disponibles para los trastornos alimentarios tienden a enfocarse en la prevención o tratamiento de casos clínicamente graves mediante enfoques que buscan reducir los síntomas. No obstante, según estos autores, estos métodos no se adaptan al considerable número de personas, especialmente mujeres, que experimentan altos niveles de angustia relacionados con problemas de imagen corporal a lo largo de su vida, incluso en ausencia de un TCA diagnosticado. Esta insatisfacción generalizada con la apariencia física puede manifestarse a través de múltiples intentos de modificar el cuerpo mediante prácticas como dietas extremas, ejercicio excesivo y purgas, generando un gran malestar psicológico que no es abordado por dichos métodos de intervención.

Siguiendo con lo mencionado previamente, se han propuesto diversas teorías con el fin de explicar la efectividad limitada de la TCC en el tratamiento de los TCA. Juarascio et al. (2013) sugieren que una de estas teorías señala la falta de motivación por parte de los pacientes hacia el tratamiento. Los autores argumentan que los trastornos alimentarios son altamente egosintónicos, lo que implica que los comportamientos, pensamientos y emociones de las personas afectadas están en armonía con sus valores y creencias. Esto puede generar resistencia por parte de los pacientes a participar en un tratamiento que busque modificar directamente los pensamientos relacionados con dichos trastornos, así como una posible falta de disposición para cambiar su comportamiento, como normalizar su alimentación o aumentar su ingesta de alimentos, los cuales resultan indispensables para lograr mejoras significativas. Incluso aquellos pacientes con TCA que han alcanzado un nivel grave del trastorno pueden no reconocer su enfermedad ni ser conscientes de la gravedad de su estado físico o del riesgo asociado a sus patrones alimentarios (Juarascio et al., 2013).

Según Juarascio et al. (2013), en lugar de enfocarse en la evitación directa de los pensamientos e impulsos que están relacionados con la alimentación desordenada, puede resultar beneficioso para los pacientes aprender a modificar su "relación" con estos pensamientos y sentimientos angustiantes. Este enfoque implica el desarrollo de habilidades para aceptar su

presencia sin permitir que estas experiencias actúen como guías para el comportamiento. De esta manera, se ha propuesto la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) como un abordaje terapéutico que sigue estos lineamientos y que puede ser efectivo en el tratamiento de los trastornos alimentarios.

Terapia de aceptación y compromiso (ACT)

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, por sus siglas en inglés) es una terapia de tercera generación empleada en el abordaje de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Las terapias de tercera generación representan un modelo contextual de psicoterapia que surgió en la década de los noventa. Según Hayes (2016), estas terapias se fundamentan en un enfoque empírico centrado en los principios de aprendizaje. El autor sostiene que las terapias de tercera generación son particularmente sensibles al contexto y a las funciones de los fenómenos psicológicos, lo que implica un énfasis en estrategias de cambio contextuales y experimentales, así como enfoques más directos y dialécticos.

En este sentido, la ACT se fundamenta en la Teoría de los Marcos Relacionales (TMR o RFT, por sus siglas en inglés), una teoría contextual sobre el lenguaje y la cognición (Hayes, 2016). Según la TMR, la habilidad principal del lenguaje y la cognición humana es aprender a establecer relaciones arbitrarias y contextuales entre eventos, lo que permite que se responda a unos eventos en términos de otros (Hayes, 2016). La TMR argumenta que tanto el lenguaje como la cognición humana dependen de marcos relacionales que permiten a las personas categorizar, comparar y contrastar los estímulos del mundo. En otras palabras, al pensar, razonar, hablar con sentido o escuchar con comprensión, establecemos relaciones entre eventos en un contexto determinado (Hayes, 2016).

Los objetivos clínicos generales de la ACT, según señala Hayes (2016), son reducir la influencia del contenido verbal literal de la cognición que provoca conductas de evitación, y construir un contexto alternativo que fomente conductas acordes con los valores personales.

El enfoque terapéutico de la ACT se centra en mejorar la flexibilidad psicológica del individuo y en fomentar la aceptación de pensamientos y emociones difíciles, en lugar de combatirlos. A diferencia de otros abordajes terapéuticos enfocados en el control de los síntomas,

la ACT busca ayudar a las personas a encontrar significado y valores en sus vidas, y actuar en función de ellos (Hayes et al., 2006).

En el contexto del tratamiento de los TCA, la terapia de Aceptación y Compromiso se utiliza para promover la aceptación de los pensamientos y emociones relacionados con la alimentación, el peso y la imagen corporal, sin intentar controlarlos o juzgarlos. La fundamentación empírica de la ACT en este contexto se basa en estudios que sugieren que la inflexibilidad psicológica, definida como la tendencia a evitar o controlar de manera rígida las experiencias internas difíciles, dándole una importancia excesiva al contenido literal de los pensamientos y sentimientos, está significativamente relacionada con la insatisfacción corporal, un factor fundamental en el desarrollo y mantenimiento de los TCA (Griffiths et al., 2018).

El objetivo de la ACT en el tratamiento de los TCA consiste en mejorar la flexibilidad psicológica del paciente en la forma en que experimenta pensamientos y sentimientos difíciles relacionados con su aspecto físico. Para lograr esto, se utilizan seis procesos básicos de cambio conocidos como el "hexaflex de ACT". Estos procesos incluyen la aceptación, la defusión cognitiva (técnicas que buscan cambiar la forma en que uno interactúa o se relaciona con los pensamientos, creando contextos en los que se busca reducir la cualidad literal de los mismos), el contacto con el momento presente, el autocontexto, la conducta basada en valores y el compromiso con estas conductas basadas en valores (Hayes et al., 2006). A través de estos procesos y fomentando la flexibilidad de la imagen corporal, se busca ayudar a los pacientes a reconocer y aceptar sus propios valores para guiar su respuesta, en lugar de centrarse en el peso y la forma corporal, lo que puede ayudar a reducir la obsesión por el cuerpo y la comida. Además, la ACT también puede ayudar a los pacientes a desarrollar habilidades para tolerar la incomodidad emocional y mejorar la autoestima (Griffiths et al., 2018).

A pesar de los avances significativos en la eficacia de los tratamientos existentes para los TCA en las últimas décadas, sigue existiendo una necesidad clara de terapias más efectivas y accesibles. En este sentido, la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) se ha presentado como una alternativa prometedora a las terapias tradicionales para los TCA. El objetivo de esta revisión es relevar la evidencia empírica generada en los últimos 10 años sobre la eficacia de la ACT en los factores transdiagnósticos de los TCA, como la insatisfacción corporal, la autoestima, el perfeccionismo y la regulación emocional.

Metodología

Estrategia de búsqueda

Se realizó una búsqueda bibliográfica utilizando las bases de datos electrónicas Pubmed y Portal Timbó Foco. En ambos buscadores, se utilizaron los siguientes términos de búsqueda: ("body dissatisfaction"), ("self-esteem"), ("perfectionism"), y ("emotion regulation") AND ("Acceptance and Commitment Therapy (OR ACT)") para cada trastorno de la conducta alimentaria en inglés ("anorexia nervosa"), ("bulimia nervosa"), ("binge eating disorder"), y ("eating disorders"). Los términos de búsqueda se aplicaron al título y al resumen, y se consideraron publicaciones escritas en idioma inglés publicadas entre 2012 y 2022.

En la base de datos Pubmed, se agregaron los siguientes filtros de búsqueda: población adulta (mayores de 19 años) y/o adolescentes (de 13 a 18 años).

Criterios de inclusión y exclusión

Los estudios eran elegibles si eran empíricos, originales y en inglés (experimentales o preexperimentales). Se seleccionaron estudios experimentales y/o preexperimentales debido a su naturaleza rigurosa y su capacidad para proporcionar evidencia sólida y confiable. Estos diseños de investigación permiten establecer relaciones causales y evaluar el efecto de las intervenciones o variables independientes sobre los resultados o variables dependientes. Se incluyeron estudios con y sin grupo de control para garantizar que la búsqueda incluyera toda la bibliografía pertinente. Para ser considerados, los estudios debían incluir participantes adolescentes y/o adultos (mayores de 13 años) que hubieran recibido una intervención de ACT en un entorno hospitalario, comunitario o universitario, ya fuera individual o grupal y mediante sesiones únicas o múltiples. Los estudios debían dirigirse a participantes diagnosticados con trastornos de la conducta alimentaria, a saber, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa o trastorno por atracón. Además, debían tener como variable de resultado o variable dependiente uno o más factores transdiagnósticos de los TCA, como la insatisfacción corporal, la autoestima, el perfeccionismo y/o la regulación emocional.

Por otro lado, se excluyeron aquellos estudios que no cumplieron con los criterios mencionados anteriormente. Es decir, se excluyeron aquellos estudios que no eran empíricos (es decir, estudios que no tenían un enfoque experimental o preexperimental), que no estaban

escritos en inglés, que no incluían la ACT como tratamiento, que no se centraban en los TCA como psicopatologías centrales, que incluían a la población infantil y que no tenían como variable de resultado al menos un factor transdiagnósticos de los TCA antes mencionados.

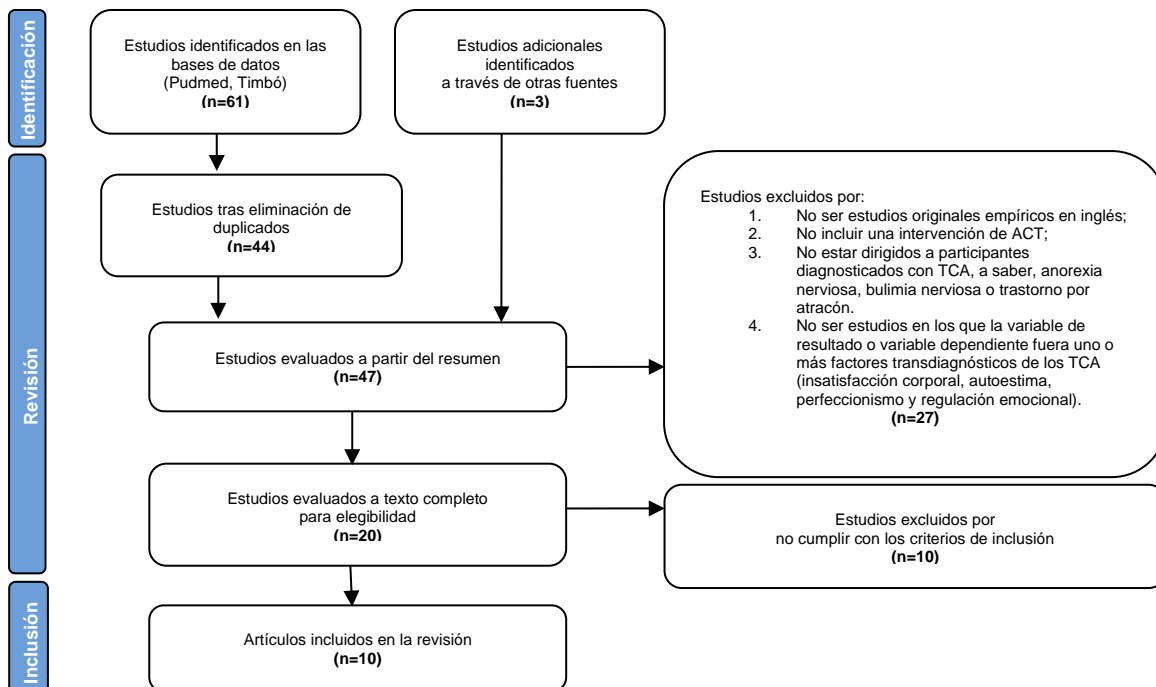
Proceso de revisión de artículos

En noviembre de 2022 se llevó a cabo la última búsqueda en ambas bases de datos, lo que permitió la identificación de un total de 61 artículos. Tras la eliminación de 17 registros duplicados, se evaluaron los resúmenes de los 44 artículos restantes y se procedió a realizar una primera valoración de acuerdo con los criterios de inclusión, lo que llevó a la eliminación de 27 registros. De este modo, se seleccionaron 17 estudios para acceder a su texto completo.

A continuación, se evaluaron estos 17 estudios y finalmente se incluyeron 7 de ellos en la presente revisión. Además, como complemento a la búsqueda, se realizó una consulta en la base de datos de Google Académico para identificar los artículos que citaron estos estudios, lo que permitió la incorporación de 3 estudios adicionales a la revisión.

La Figura 1 muestra el diagrama de flujo con los resultados de esta búsqueda y el proceso de selección.

Figura 1
Diagrama de flujo.



Resultados

Durante el proceso de revisión, se identificaron un total de 10 estudios relevantes publicados entre los años 2012 y 2021, los cuales incluyeron a un total de 715 participantes, en su mayoría mujeres. Los estudios seleccionados presentaron diferencias en términos de tamaño de muestra, con un rango que osciló desde un mínimo de 19 participantes (Juarascio et al., 2017) hasta un máximo de 140 participantes (Juarascio et al., 2015). De los estudios seleccionados, 3 utilizaron un diseño preexperimental, mientras que 7 emplearon un diseño experimental. Además, se identificó un protocolo experimental relacionado con el tema de exploración.

Es importante destacar que no se encontraron artículos que evaluaran el perfeccionismo como variable dependiente o de resultado. Asimismo, cabe mencionar que solamente 2 de los 10 estudios considerados incluyeron participantes adolescentes.

En la Tabla 1 se expone un resumen de los estudios, en la cual se detallan los autores, el año de publicación, el país, el objetivo e hipótesis de la investigación, así como la metodología empleada y los resultados más relevantes obtenidos.

Dentro de la sección dedicada a la metodología, se enumeran los instrumentos y técnicas utilizados en cada uno de los estudios seleccionados. A continuación, se presenta una breve descripción de los instrumentos más utilizados:

Cuestionario para la Examinación de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDE-Q, por sus siglas en inglés)

Es un instrumento diseñado para evaluar la presencia y gravedad de los síntomas de los trastornos alimentarios en los últimos 28 días (Fairburn y Beglin, 2008). El cuestionario consta de 28 preguntas que miden cuatro subescalas: preocupación por la alimentación, preocupación por la figura, preocupación por el peso y restricción.

Cuestionario de la Forma Corporal (BSQ-8C, por sus siglas en inglés)

Es un instrumento diseñado para evaluar la insatisfacción con la imagen corporal, especialmente en lo que se refiere a la forma del cuerpo (Cooper et al., 1987). Consta de ocho preguntas que exploran la insatisfacción corporal de la persona en las últimas cuatro semanas, valorada en una escala de seis puntos que va desde "nunca" hasta "siempre". Las puntuaciones más altas indican una mayor insatisfacción corporal.

Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS, por sus siglas en inglés)

Es un cuestionario diseñado para evaluar los patrones característicos de regulación emocional de los individuos (Gratz y Roemer, 2004). Este instrumento consta de 36 ítems que miden seis subescalas: no aceptación de respuestas emocionales, dificultades para participar en conductas dirigidas a objetivos, dificultades para controlar los impulsos, falta de conciencia emocional, acceso limitado a estrategias de regulación emocional y falta de claridad emocional.

Escala de Tolerancia al Estrés (DTS, por sus siglas en inglés)

Es un cuestionario de 15 preguntas que evalúa la capacidad de tolerar emociones angustiosas (Simons y Gaher, 2005). Concretamente, pide a las personas que indiquen en qué medida están de acuerdo con las afirmaciones destinadas a evaluar la tolerancia, la absorción, la valoración y la regulación del estrés en una escala del 1 al 5.

Cuestionario de Calidad de Vida (QOLI, por sus siglas en inglés)

Es un instrumento diseñado para evaluar la calidad de vida subjetiva de un individuo (Frisch et al., 1992). El cuestionario consta de 16 áreas de la vida, cada una de las cuales se puntúa en una escala de 0 a 10, donde 0 indica insatisfacción total y 10 satisfacción total.

Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II, por sus siglas en inglés)

Es una escala breve compuesta de 7 ítems que mide la flexibilidad psicológica (Bond et al., 2011).

Cuestionario de Aceptación y Acción para las Dificultades Relacionadas con el Peso (AAQ-W, por sus siglas en inglés)

Consta de 22 ítems y ha sido diseñado de manera específica para evaluar la capacidad de aceptación psicológica con relación al peso corporal (Lillis y Hayes, 2008). Este cuestionario tiene como objetivo evaluar la disposición de una persona para conectarse con pensamientos y emociones desagradables relacionadas con el peso corporal y la alimentación sin tratar de evitarlos o controlarlos.

Tabla 1

Tabla de extracción de datos de los estudios incluidos.

Estudios preexperimentales		
1) A qualitative analysis of participants' reflections on body image during participation in a randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy (2016) por Maria Fogelkvist, Thomas Parling, Lars Kjellin y Sanna Aila Gustafsson. Suecia		
Objetivo - Hipótesis	Metodología	Resultados principales
<p>Objetivo: Investigar las reflexiones y pensamientos de las participantes sobre la imagen corporal antes y después de su participación en un ensayo controlado aleatorizado de tratamiento de ACT.</p> <p>Hipótesis: No se reporta en el artículo.</p>	<p>Diseño: Diseño preexperimental</p> <p>Muestra: 47 mujeres de entre 18-47 años. Todas las mujeres tenían un diagnóstico de TCA según los criterios del DSM-5.</p> <p>Método: Las participantes fueron seleccionadas de un ensayo controlado aleatorizado que comparó la intervención de ACT con el tratamiento estándar (TAU) para pacientes con TCA, en un centro especializado (Juarascio, et al. 2015). La intervención de ACT se ofreció a pacientes que ya estaban recibiendo TAU y consideraban que su imagen corporal negativa estaba afectando su recuperación.</p> <p>Las participantes del grupo de ACT completaron un cuestionario voluntario de tres preguntas abiertas sobre la imagen corporal al inicio del tratamiento y al final del mismo. La media de sesiones a las que asistieron fue de diez sesiones.</p> <p>Instrumentos y técnicas: Cuestionario con 3 preguntas abiertas.</p>	<p>- La imagen corporal significó cosas diferentes para las distintas participantes. Para algunas tenía que ver con la forma de evaluar su cuerpo, mientras que otras se centraban en la relación con su cuerpo y con la autoestima. La imagen corporal era considerada un estado fluctuante.</p> <p>- Después del tratamiento, la mayoría de las participantes (88%) afirmaron que experimentaron un cambio positivo en su imagen corporal, incluyendo ser menos críticas con su cuerpo y enfocarse en cosas importantes de la vida. Varias participantes proporcionaron descripciones detalladas de este cambio.</p>

2) **A pilot study of an acceptance-based behavioral treatment for binge eating disorder (2017)** por Adrienne S. Juarascio, Stephanie M. Manasse, Hallie M. Espel, Leah M. Schumacher, Stephanie Kerrigan y Evan M. Forman. Estados Unidos

Objetivo - Hipótesis	Metodología	Resultados principales
<p>Objetivo: Evaluar la eficacia preliminar de la terapia conductual basada en la aceptación (en inglés conocida bajo las siglas “<i>ABBT</i>”) para el trastorno por atracón (TA), en reducir la frecuencia de los atracones y mejorar la patología alimentaria, los síntomas depresivos y la calidad de vida en general. Además, se busca comprender si existe una relación entre los cambios en los mecanismos de acción hipotetizados de la <i>ABBT</i>, como la desregulación emocional, la aceptación de la angustia experiencial (tanto relacionada con la alimentación como de forma general) y la urgencia negativa, y los resultados obtenidos.</p> <p>Hipótesis: (1) Los pacientes que reciban <i>ABBT</i> experimentarán reducciones clínicamente significativas en los episodios de atracones, patología alimentaria, comorbilidad psiquiátrica y mejoras en la calidad de vida, (2) Los cambios en los mecanismos de acción hipotetizados se asociarán con mejoras en los síntomas.</p>	<p>Diseño: Diseño preexperimental.</p> <p>Muestra: 19 mujeres de entre 20-63 años. Edad media: 38.26 años. Las participantes presentaban al menos 12 episodios objetivos de atracones en los últimos 3 meses, de acuerdo con los criterios del DSM-5.</p> <p>Método: El tratamiento <i>ABBT</i> grupal se impartió en 10 sesiones semanales a tres grupos (de cinco a siete participantes cada uno). Cada sesión seguía un formato general, que incluía controles individuales de las participantes, revisión de las habilidades de la sesión anterior, introducción de nuevas habilidades y conceptos, y asignación de tareas para casa. Se realizó un seguimiento a los 3 meses.</p> <p>Instrumentos y técnicas: EDE, QOLI, DERS, AAQ-II, MINI (MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional), BDI-II (Inventario de Depresión de Beck II), UPPS-P (Escala de Comportamiento Impulsivo-Subescala de Urgencia Negativa).</p>	<p>- La patología alimentaria y la calidad de vida mejoraron significativamente después del tratamiento y se mantuvieron en el seguimiento.</p> <p>- Las participantes experimentaron una disminución rápida en la frecuencia de los atracones durante el tratamiento, con una reducción aún mayor en el seguimiento a los 3 meses.</p> <p>- Cabe destacar que el aumento en la regulación emocional (conciencia y claridad de las experiencias emocionales) se relacionaron con mejoras menores en la patología alimentaria general.</p> <p>- En general, estos resultados sugieren que la <i>ABBT</i> puede ser efectiva para tratar el trastorno por atracón.</p>

3) **A 1-day acceptance and commitment therapy workshop leads to reductions in emotional eating in adults (2019)** por Mallory Frayn, Sabrah Khanyari y Bärbel Knäuper. Canadá

Objetivo - Hipótesis	Metodología	Resultados principales
<p>Objetivo: Probar la viabilidad y aceptabilidad de un taller de 1 día de ACT donde se enseña habilidades para reducir la alimentación emocional (<i>emotional eating</i>), sin promover la pérdida de peso.</p> <p>Hipótesis: La intervención llevará a reducciones en la alimentación emocional, así como a mejoras en los tres procesos subyacentes del ACT (clarificación de valores, aceptación/tolerancia al estrés y atención plena) a las 2 semanas y a los 3 meses después de la intervención.</p>	<p>Diseño: Diseño preexperimental.</p> <p>Muestra: 32 participantes (28 mujeres y 4 hombres) mayores de 18 años. Los participantes obtuvieron una puntuación de 3,25 o superior en el Cuestionario Holandés de Conducta Alimentaria (<i>Dutch Eating Behavior Questionnaire</i>), que se ha descubierto que representa el percentil 80 para la alimentación emocional (DEBQ).</p> <p>Método: Se realizaron tres talleres con entre 9 y 12 participantes cada uno. Los talleres se centraron en técnicas para reducir la alimentación emocional y se enseñaron tres habilidades generales de ACT (clarificación de valores y compromiso, aceptación/tolerancia al estrés y atención plena) en un formato que incluía presentaciones, debates y ejercicios experimentales en grupo. Cada taller se llevó a cabo en un solo día de 6 horas.</p> <p>Los participantes completaron una serie de cuestionarios en línea al inicio, a las dos semanas y a los tres meses después de la intervención.</p> <p>Instrumentos y técnicas: DTS, DEBQ-EE (Cuestionario Holandés sobre Conducta Alimentaria y Alimentación Emocional), FAAQ (Cuestionario de Aceptación y Acción de Ansia por la Comida), MEQ (Cuestionario de Alimentación Consciente).</p>	<p>- Se observó una reducción de la alimentación emocional y mejoras en la aceptación, la atención plena y la clarificación de valores y el compromiso a las 2 semanas de la intervención, que se mantuvieron a los 3 meses de seguimiento.</p> <p>- La atención plena fue el único proceso que mostró mejoras a los 3 meses de la intervención. En ese sentido, se cree que la alimentación emocional es indicativa de una desregulación emocional, tal y como propone el modelo de regulación afectiva. Se ha demostrado que el entrenamiento en atención plena ayuda a regular las emociones, lo que puede ser otro factor que explique las reducciones observadas en la alimentación emocional.</p>

Estudios experimentales

4) **A pilot study of acceptance and commitment therapy as a workshop intervention for body dissatisfaction and disordered eating attitudes (2012)** por Adria N. Pearson, Victoria M. Follette y Steven C. Hayes. Estados Unidos

Objetivo - Hipótesis	Metodología	Resultados principales
<p>Objetivo: Realizar un ensayo piloto aleatorio para evaluar los beneficios de una intervención breve de ACT dirigida a mujeres con una amplia gama de experiencias y conductas relacionadas con la insatisfacción corporal.</p> <p>Hipótesis: No se reporta en el artículo.</p>	<p>Diseño: Diseño experimental.</p> <p>Muestra: 73 mujeres de entre 18-69 años. Edad media: 43 años. Las participantes se identificaban como muy preocupadas por su imagen corporal.</p> <p>Método: Las participantes fueron asignadas aleatoriamente a una condición de control en lista de espera o a una condición de tratamiento (ACT). Los participantes en la condición de control completaron cuestionarios y recibieron instrucciones para monitorizar su Conciencia del Apetito (<i>Appetite Awareness</i>) durante dos semanas antes de participar en el taller de ACT. Los participantes en la condición de tratamiento asistieron al taller de ACT en su primera cita y completaron las medidas estandarizadas y la monitorización de la Conciencia del Apetito durante dos semanas después del taller.</p> <p>Instrumentos y técnicas: AAQ, AAQ-W, EDI-II (Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria-II), MAC-S (Escala de Cogniciones Anoréxicas de Mizes), PEWS (Escala de Preocupación por la Comida, el Peso y la Forma), AASMF (Formularios de Auto-monitorización del Apetito), EAT-26 (Test de Actitudes Alimentarias-26), PASTAS (Escala de Ansiedad Estado-Rasgo de la Apariencia Física).</p>	<p>- El impacto del taller sobre las actitudes alimentarias, la ansiedad con la imagen corporal, la aceptación y la preocupación por la alimentación, el peso y la silueta fue significativo, tanto si se recibió el taller el primer día o el último.</p> <p>- Los resultados mostraron que un taller de ACT de 1 día fue superior en comparación con una condición de control de lista de espera para reducir las actitudes alimentarias desordenadas y la ansiedad con la imagen corporal. Estos resultados proporcionan un apoyo preliminar para ACT como un modelo de intervención breve para la angustia asociada con la insatisfacción con la imagen corporal.</p>

- 5) **Acceptance-based treatment and quality of life among patients with an eating disorder (2015)** por Adrienne S. Juarascio, Leah M. Schumacher, Jena Shaw, Evan M. Forman y James D. Herbert. Estados Unidos

Objetivo - Hipótesis	Metodología	Resultados principales
<p>Objetivos: (1) Examinar la relación entre la calidad de vida (CdV) y los constructos relacionados con la aceptación, en una muestra de pacientes con TCA, y (2) evaluar si un tratamiento basado en ACT para los TCA podría mejorar la CdV más allá del tratamiento estándar (TAU).</p> <p>Hipótesis: (1) Los niveles iniciales de las variables relacionadas con la aceptación se asociarán con la CdV en el momento de la admisión al tratamiento, incluso cuando se controle la gravedad de los TCA, (2) los individuos en ambas condiciones experimentarán mejoras en la CdV desde antes hasta después del tratamiento, (3) los participantes en la condición TAU+ACT mostrarán mayores mejoras en la CdV que los que sólo reciban el TAU y (4) los cambios en los constructos basados en la aceptación a lo largo del tratamiento se correlacionarán con el cambio en la CdV de los participantes</p>	<p>Diseño: Diseño experimental.</p> <p>Muestra: 140 mujeres. Edad media: 26,7 años. Las participantes tenían un diagnóstico de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa o trastorno alimentario no especificado en el espectro de la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa, según los criterios del DSM-IV.</p> <p>Método: Las pacientes de un centro residencial de tratamiento para los TCA fueron asignadas aleatoriamente para recibir el tratamiento estándar (TAU) o el tratamiento estándar (TAU) + ACT en grupo, dos veces por semana.</p> <p>Se evaluó la gravedad del TCA, la CdV y varias variables relacionadas con la aceptación tanto al ingreso como al alta del tratamiento.</p> <p>La evaluación previa al tratamiento se realizó en los tres días siguientes al ingreso; la evaluación posterior al tratamiento se realizó entre cinco y cero días antes del alta.</p> <p>Instrumentos y técnicas: EDE-Q, EDQoL, DERS, AAQ-II, DDS (Escala de Defusión de Drexel).</p>	<p>- Los resultados sugieren que, si bien algunas variables relacionadas con la aceptación (por ejemplo, la desinhibición, el control de los impulsos, el acceso a las habilidades de regulación de las emociones) pueden contribuir a la CdV, la ACT no parece mejorar de forma incremental estas variables o la CdV más allá de los programas de tratamiento estándar.</p> <p>- El aumento del acceso de las pacientes a las estrategias de regulación emocional puede reducir el impacto de los síntomas de TCA en la CdV en el ámbito psicológico.</p> <p>- Se necesita investigación adicional para evaluar si el ACT puede conferir un mayor beneficio para mejorar la CdV en un entorno ambulatorio o cuando se administra una dosis más fuerte de tratamiento.</p>

6) **Effects of tailored and ACT-influenced internet-based CBT for eating disorders and the relation between knowledge acquisition and outcome: A randomized controlled trial (2017)** por Sandra Weineland Strandskov, Ata Ghaderi, Hedvig Andersson, Nicole Parmskog, Emelie Hjort, Anna Svanberg Wärn, Maria Jannert y Gerhard Andersson. Suecia

Objetivo - Hipótesis	Metodología	Resultados principales
<p>Objetivos: Investigar los resultados de un tratamiento cognitivo-conductual influenciado por ACT, individualizado y por Internet para la sintomatología de los TCA, y la relación posible entre la adquisición de conocimiento sobre los problemas y el proceso de tratamiento, con el resultado del mismo.</p> <p>Hipótesis: (1) La terapia cognitivo-conductual individualizada por Internet e influenciada por ACT para pacientes con BN y EDNOS es eficaz para reducir los síntomas de TCA, la depresión y la ansiedad, y para aumentar la calidad de vida, (2) Existe una asociación significativa entre el cambio en los conocimientos de los participantes sobre el tratamiento y el cambio en los resultados del mismo.</p>	<p>Diseño: Diseño experimental.</p> <p>Muestra: 92 participantes mayores de 18 años. Los participantes tenían un diagnóstico de bulimia nerviosa (BN) o trastorno alimentario no especificado (EDNOS) según los criterios del DSM-4 y un IMC superior a 17,5.</p> <p>Método: Los participantes fueron asignados aleatoriamente a una condición de tratamiento o a una condición de control en lista de espera. El grupo de tratamiento recibió una intervención de TCC influenciada por ACT por Internet durante ocho semanas, adaptada a las necesidades individuales de cada participante, mientras que el grupo de control no recibió ningún tratamiento durante ese tiempo. Se evaluaron a ambos grupos antes y después del tratamiento. Los autores se comunicaron principalmente con los participantes a través de la página web, mensajes de texto y, en algunos casos, por teléfono.</p> <p>Instrumentos y técnicas: EDE-Q, BSQ-8C, QOLI, MINI (MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional), PHQ-9 (Cuestionario sobre la Salud del Paciente), GAD-7 (Escala de Ansiedad Generalizada-7), KAT (Test de Adquisición de Conocimientos, creado por los autores).</p>	<p>- Los resultados indicaron que el grupo de tratamiento mejoró significativamente en los síntomas del trastorno alimentario y la insatisfacción corporal, con un efecto de tamaño pequeño a moderado.</p> <p>- Más del 36% de los participantes del grupo de tratamiento experimentaron mejoras clínicamente significativas.</p> <p>- También hubo un aumento significativo de los conocimientos en el grupo de tratamiento, pero no se encontró correlación significativa entre la adquisición de conocimientos y el resultado.</p> <p>- En general, estos resultados proporcionan un apoyo preliminar al tratamiento TCC influenciado por ACT por Internet para participantes con sintomatología de trastornos alimentarios.</p>

7) **Acceptance and commitment therapy to reduce eating disorder symptoms and body image problems in patients with residual eating disorder symptoms: A randomized controlled trial (2020)** por Maria Fogelkvist, Sanna Aila Gustafsson, Lars Kjellin y Thomas Parling. Suecia

Objetivo - Hipótesis	Metodología	Resultados principales
<p>Objetivo: Comparar la eficacia de una intervención grupal, basada en ACT, en comparación al tratamiento estándar (en inglés abreviado bajo las siglas "TAU") para pacientes con síntomas residuales de TCA y problemas de imagen corporal.</p> <p>Hipótesis: (1) El tratamiento ACT conduciría a una mayor reducción de la patología de TCA en comparación con el tratamiento estándar (TAU), (2) El ACT mostrará una mayor mejoría que el TAU en las valoraciones de los pacientes sobre su imagen corporal, autoestima y atención plena, (3) Los pacientes con tratamiento ACT necesitarán más atención ambulatoria especializada en urgencias durante la fase de intervención, pero necesitarán menos atención ambulatoria especializada en urgencias a los dos años de seguimiento.</p>	<p>Diseño: Diseño experimental.</p> <p>Muestra: 99 mujeres. La intervención se dirigió a una muestra transdiagnóstica de pacientes con síntomas residuales de TCA y problemas de imagen corporal. Los pacientes fueron reclutados de una clínica especializada en TCA.</p> <p>Método: Las pacientes fueron asignadas aleatoriamente a un grupo en condición de tratamiento ACT o a un grupo en condición de tratamiento estándar (TAU). La intervención grupal basada en ACT fue de 12 sesiones grupales y una sesión individual antes y después de la intervención. La intervención consistió en animar a los pacientes a leer capítulos de un libro de autoayuda basado en ACT ("Vive con tu cuerpo") (Ghaderi, Parling, 2009) para personas con problemas de imagen corporal y completar los ejercicios allí descritos.</p> <p>Los datos se recogieron antes y después del tratamiento y al año al segundo año del inicio del mismo.</p> <p>Instrumentos y técnicas: Libro de autoayuda basado en ACT ("Vive con tu cuerpo") (Ghaderi & Parling, 2009), EDE-Q, BSQ, BCQ (Cuestionario de Comprobación Corporal), SCQ (Cuestionario de Autoconcepto), MAAS (Escala de Atención Plena).</p>	<p>- No se encontró una diferencia significativa entre los grupos en la subescala de restricción del EDE-Q, lo que podría ser un efecto de base.</p> <p>- Sin embargo, a los dos años de seguimiento, las pacientes que recibieron ACT mostraron una reducción significativamente mayor de los síntomas de TCA y de los problemas de imagen corporal en comparación con las pacientes que recibieron el tratamiento estándar TAU.</p> <p>Esto sugiere que ACT podría ser un tratamiento adecuado para una muestra transdiagnóstica de individuos con TCA.</p>

8) **Mindfulness and acceptance-based behavioral treatment for bulimia-spectrum disorders: A pilot feasibility randomized trial (2021)** por Adrienne S. Juarascio, Megan N. Parker, Rowan Hunt, Helen Burton Murray, Emily K. Presseller y Stephanie M. Manasse. Estados Unidos

Objetivo - Hipótesis	Metodología	Resultados principales
<p>Objetivos: Evaluar el impacto de un tratamiento conductual basado en mindfulness y aceptación, conocido como "MABT" por sus siglas en inglés, en la modificación de los mecanismos de cambio postulados, como la conciencia/claridad emocional, la tolerancia a la angustia, la toma de decisiones basada en valores y la regulación emocional. Además, se busca obtener estimaciones preliminares de su eficacia en la reducción de los síntomas de bulimia nervosa (BN), así como la depresión, el deterioro global evaluado por el clínico y la calidad de vida, con el fin de sustentar un posterior diseño de ensayo controlado aleatorio de potencia completa.</p> <p>Hipótesis: No se reporta en el artículo.</p>	<p>Diseño: Diseño experimental.</p> <p>Muestra: 44 participantes mayores de 18 años. Los participantes tenían un diagnóstico de bulimia nerviosa (BN) o bulimia nervosa con episodios de atracones subjetivamente grandes, según los criterios del DSM-5. Todos los participantes experimentaron al menos 12 episodios de atracones objetiva o subjetivamente grandes y 12 episodios de conductas compensatorias inapropiadas en los 3 meses anteriores.</p> <p>Método: Los participantes en busca de tratamiento fueron asignadas aleatoriamente a un grupo en condición de tratamiento MABT (Mindfulness and acceptance-based treatments) o a un grupo en condición de tratamiento ambulatorio individual con TCC. Ambas intervenciones fueron de 20 sesiones y duraron 20 semanas.</p> <p>Los datos se recogieron antes y después del tratamiento y a los 6 meses de seguimiento.</p> <p>Instrumentos y técnicas: Subescalas de Conciencia, Claridad, Estrategias y Objetivos del DERS, DTS, AAQ-II, EDE-Q, QOLI, CEQ (Cuestionario de Credibilidad/Expectativas), WAI (Inventario de la Alianza de Trabajo), Subescalas de Importancia Actual y Consistencia del VLQ-II (Cuestionario de Valores Personales-II)), BDI (Inventario de Depresión de Beck), CGI (Escala de Impresión Clínica Global).</p>	<p>- Ambas condiciones produjeron cambios notables y generalmente comparables en la mayoría de los resultados del tratamiento en el postratamiento.</p> <p>- Los tamaños de los efectos de cambio dentro del grupo indicaron grandes aumentos en la conciencia emocional en las condiciones MABT y aumentos de pequeños a medianos en las condiciones TCC. La MABT tuvo mejoras consistentemente grandes en la regulación emocional, mientras que la TCC tuvo aumentos de pequeños a grandes.</p> <p>- Las condiciones MABT y TCC demostraron grados comparables de viabilidad, aceptabilidad y mejoría de los síntomas, lo que respalda la realización de más pruebas de este tratamiento (MABT) en futuros ensayos clínicos.</p>

9) **Randomized clinical trial evaluating *AcceptME*—A digital gamified acceptance and commitment early intervention program for individuals at high risk for eating disorders (2022)** por Maria Karekla, Patrisia Nikolaou y Rhonda M. Merwin. Chipre

Objetivo - Hipótesis	Metodología	Resultados principales
<p>Objetivos: Evaluar un innovador programa digital gamificado de intervención temprana de ACT (<i>AcceptME</i>) para mujeres jóvenes que presentan signos y síntomas de un TCA y se encuentran en alto riesgo de desarrollar uno.</p> <p>Hipótesis: Se espera que los participantes que reciban el programa <i>AcceptME</i>, en comparación con aquellos en la lista de espera, presenten: (a) una menor preocupación por el peso; (b) menos síntomas y comportamientos relacionados con los TCA; (c) una mejor calidad de vida; (d) una menor insatisfacción corporal; y (e) una mayor flexibilidad psicológica frente a los pensamientos y sentimientos relacionados con la imagen corporal.</p>	<p>Diseño: Diseño experimental.</p> <p>Muestra: 92 adolescentes y mujeres jóvenes de entre 13-25 años. Edad media: 15,30 años. Las participantes obtuvieron una puntuación 52 o más en la WCS (Escala de Preocupación por el Peso), lo que indica signos tempranos de una alteración de la conducta alimentaria y un alto riesgo de desarrollar un TCA de umbral completo.</p> <p>Método: Las participantes fueron asignados aleatoriamente a una condición de intervención del Programa <i>AcceptME</i> o a una condición de control en lista de espera. El programa <i>AcceptME</i> constaba de 6 sesiones online consecutivas que enseñaban habilidades de ACT mediante un formato de juego. Cada sesión duraba alrededor de 30 min. y las participantes completaron evaluaciones después de cada sesión, al final de la intervención y en el seguimiento de 1 mes. Las participantes del grupo de control fueron invitadas a completar la evaluación después de que las participantes del grupo <i>AcceptME</i> completaran la sexta sesión y se les daba la opción de inscribirse para recibir la intervención.</p> <p>Instrumentos y técnicas: EDE-Q, BSQ-8C, WCS (Escala de Preocupación por el Peso), EDDS (Escala de Diagnóstico de los TCA), YQOL-SF (Instrumento sobre la Calidad de Vida de los Jóvenes), BI-AAQ (Cuestionario de Aceptación y Acción de la Imagen Corporal), BIAQ (Cuestionario de Evitación a Causa de la Imagen Corporal).</p>	<p>- El programa <i>AcceptME</i> redujo eficazmente las preocupaciones sobre el peso y la figura en comparación con los controles de la lista de espera.</p> <p>- La mayoría de las participantes puntuaron por debajo del umbral de riesgo en <i>AcceptME</i> al final de la intervención en comparación con los controles, y las probabilidades de caer en el grupo de riesgo fueron mayores para los participantes del grupo de control. En el seguimiento, el 72% de las participantes del grupo <i>AcceptME</i> informaron de puntuaciones por debajo del umbral de riesgo.</p> <p>- La intervención también produjo una disminución de la sintomatología de los TCA y un aumento de la flexibilidad de la imagen corporal.</p>

10) **Predictors of outcome following a body image treatment based on acceptance and commitment therapy for patients with an eating disorder (2022)** por Maria Fogelkvist, Sanna Aila Gustafsson, Lars Kjellin y Thomas Parling. Suecia

Objetivo - Hipótesis	Metodología	Resultados principales
<p>Objetivo: Explorar las diferencias en los resultados de los síntomas de los TCA en subgrupos de participantes que asistieron a un tratamiento estándar (TAU) o a una intervención de grupo basada en ACT enfocada en la imagen corporal, después de dos años de seguimiento. Además, se propone comparar las experiencias entre los dos grupos.</p> <p>Hipótesis: No se reporta en el artículo.</p>	<p>Diseño: Diseño experimental</p> <p>Muestra: 77 mujeres de entre 16- 50 años. Las participantes tenían un diagnóstico de TCA según los criterios del DSM-5.</p> <p>Método: El estudio incluyó pacientes previamente tratadas diagnosticadas con TCA en una clínica especializada, asignadas aleatoriamente a una condición de tratamiento estándar (TAU) o a una condición de tratamiento en grupo basada en ACT para problemas de imagen corporal (Fogelkvist, et al. 2020). La intervención ACT consistió en 12 sesiones semanales en grupo y una sesión individual antes y después de las sesiones de grupo, utilizando una aplicación manualizada de un libro de autoayuda llamado "Vive con tu cuerpo". Solo se incluyeron en el estudio las participantes que completaron la intervención asignada y la evaluación de seguimiento a los dos años.</p> <p>Instrumentos y técnicas: EDE-Q, MADRS-S (Escala de Calificación de la Depresión de Montgomery-Asberg), pregunta dirigida a la experiencia subjetiva de recuperación.</p>	<p>- En general, las participantes que recibieron el tratamiento ACT mostraron resultados más favorables en comparación con las participantes del grupo TAU, y estos resultados fueron más pronunciados en aquellas participantes más jóvenes, con menor duración de tratamiento previo y menores puntuaciones de depresión basales.</p> <p>- Las participantes con psicopatología restrictiva de TCA experimentaron un cambio tres veces mayor en la puntuación de los síntomas de TCA cuando participaron en el tratamiento ACT en comparación con aquellas que recibieron el tratamiento TAU.</p> <p>- Al abordar la insatisfacción corporal en pacientes con síntomas residuales de TCA, el grupo ACT continuó mejorando e informó de experiencias subjetivas de remisión en mayor medida que el grupo TAU.</p>

Fuente: Elaboración propia a partir de búsqueda bibliográfica.

Discusión

En la presente revisión sistemática se buscó relevar la evidencia empírica generada sobre la eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en los factores transdiagnósticos de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), como la insatisfacción corporal, la autoestima, el perfeccionismo y la regulación emocional. A partir de la revisión de 10 artículos, se encontró que la ACT podría ser una intervención efectiva para la mejora de estos factores, aunque se observaron algunas diferencias entre los estudios revisados en cuanto a la eficacia de la intervención en cada uno de los factores transdiagnósticos.

En cuanto a la insatisfacción corporal, se encontró que, en su totalidad, los estudios revisados reportaron una reducción significativa en este factor tras la aplicación de la ACT (Fogelkvist et al., 2016, 2020, 2022; Karekla et al., 2022; Strandskov et al., 2017; Pearson et al., 2012). Los resultados sugieren que la intervención podría estar ayudando a los pacientes en la valoración y aceptación de su cuerpo, en lugar de enfocarse en su aspecto físico y compararse con otras personas. Esto tiene que ver con los mecanismos de acción de la ACT propuestos por Hayes et al. (2006); en este sentido, la terapia ACT promueve la aceptación de los pensamientos, emociones y sensaciones físicas que se experimentan y se centra en identificar los valores personales y trabajar hacia ellos. Esto puede ayudar a los pacientes a desarrollar una relación más saludable con su cuerpo, centrándose en lo que es importante para ellos en lugar de en su apariencia física. También, la terapia ACT fomenta la flexibilidad psicológica, lo que implica la capacidad de adaptarse a diferentes situaciones y responder de manera efectiva. En el caso de los TCA, esto puede ayudar a los pacientes a responder de manera más efectiva a las emociones negativas relacionadas con la insatisfacción corporal.

En cuanto a la regulación emocional, se encontró que en su mayoría la ACT contribuyó a mejorar la capacidad de los pacientes para manejar sus emociones y a reducir la evitación emocional (Juarascio et al., 2017, 2021; Frayn et al., 2020). Los resultados sugieren que la intervención podría estar ayudando a los pacientes a aceptar sus emociones sin juzgarlas ni evitarlas, lo que les permite manejarlas de manera más efectiva. Sin embargo, en un estudio se observó que la intervención de ACT no mejoró la variable de regulación emocional más allá de los programas de tratamiento estándar para los TCA (Juarascio et al., 2015). Sin embargo, los autores sugieren que el aumento del acceso a las estrategias de regulación emocional podría reducir el impacto de estos síntomas en la calidad de vida de los pacientes en el ámbito psicológico. Según Hayes et al. (2006), la terapia ACT promueve la conciencia plena, que implica

prestar atención al momento presente de manera intencional y sin juzgar. En el caso de los TCA, esto puede favorecer a los pacientes a ser más conscientes de sus emociones y pensamientos relacionados con la alimentación y su cuerpo.

Con relación a la autoestima, se observó que la ACT podría estar contribuyendo a mejorar la percepción que los pacientes tienen de sí mismos y a aumentar su autoaceptación (Fogelkvist et al., 2016; Pearson et al., 2012). En algunos estudios, se encontró que la intervención mejoró significativamente la autoestima de los pacientes, aunque en otros la evidencia fue menos concluyente (Fogelkvist et al., 2020). La terapia ACT fomenta la autocompasión, que implica el reconocimiento y aceptación de las propias debilidades y errores, y el trato hacia uno mismo con amabilidad y comprensión (Yadavaia et al., 2014). En el caso de los TCA, esto puede ayudar a los pacientes a desarrollar una relación más amorosa y compasiva consigo mismos, mejorando su autoestima. Asimismo, la terapia ACT se centra en cambiar la relación del individuo con los pensamientos, en lugar de intentar cambiar los pensamientos en sí mismos. En el caso de los TCA, esto puede ayudar a los pacientes a adoptar una perspectiva más objetiva sobre su cuerpo y su alimentación, reduciendo el impacto de los pensamientos negativos en su autoestima.

Finalmente, con relación al factor transdiagnóstico del perfeccionismo, no se identificó ningún estudio que cumpliera con los criterios de inclusión establecidos en la presente revisión sistemática. Este hallazgo resulta de gran importancia clínica, en virtud de que el perfeccionismo ha sido identificado como un factor de riesgo significativo en el desarrollo y mantenimiento de los TCA (Puttevils et al., 2019). Según los estudios previos citados por Puttevils et al. (2019), el perfeccionismo ha demostrado ser un predictor de los síntomas centrales de los TCA, como la insatisfacción corporal (“BD”, por sus siglas en inglés) y el impulso hacia la delgadez (“DFT”, por sus siglas en inglés), que incluyen la preocupación por el peso y la figura, el miedo excesivo a engordar y la preocupación por estar más delgado. Estos resultados se han obtenido tanto en pacientes con TCA como en controles sin estos trastornos. Por lo tanto, resulta fundamental llevar a cabo estudios que aborden la reducción y el análisis de este factor transdiagnóstico en pacientes con TCA, para poder mejorar la eficacia de los tratamientos y alcanzar mejores resultados terapéuticos.

Es importante destacar que la mayoría de las intervenciones de ACT para los TCA son grupales, lo que implica una reducción de costos en comparación con las terapias individuales. Esta ventaja es significativa, especialmente en entornos donde los recursos financieros y humanos son limitados. La posibilidad de participar en sesiones grupales de ACT puede hacer

que el tratamiento sea más accesible y, por lo tanto, aumentar la probabilidad de que los pacientes completen el tratamiento. Además, los grupos pueden proporcionar apoyo social y reducir la sensación de aislamiento que a menudo experimentan los pacientes con TCA. En Uruguay, el Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) plantea la importancia de la implementación de dispositivos grupales (Decreto N°305/011). Este plan busca transformar el modelo de atención en salud mental, reconociendo que los trastornos psicológicos no solo son un fenómeno individual, sino que están estrechamente ligados al entorno social y familiar del paciente. El enfoque en dispositivos grupales implica una atención integral y multidisciplinaria, donde se considera al paciente como parte de un grupo social y se trabaja en conjunto para abordar sus necesidades y mejorar su calidad de vida (Decreto N°305/011). Las intervenciones psicoterapéuticas, como la ACT, permiten el paso hacia un modelo de atención más integral y centrado en el paciente. Este enfoque podría ayudar a mejorar la calidad de vida de las personas con diferentes trastornos psicológicos, reconociendo la importancia del entorno social y familiar en su proceso de recuperación. En este sentido, el tratamiento grupal puede ser especialmente beneficioso para los pacientes con TCA, ya que les permite recibir apoyo social y psicológico en un ambiente seguro y controlado. En definitiva, la implementación de dispositivos grupales de ACT podría ser una herramienta valiosa para mejorar la atención de los pacientes con TCA en Uruguay y otros países con recursos limitados.

Del mismo modo, algunos estudios de la presente revisión desarrollaron la intervención de ACT en modalidad on-line o de talleres de pocos días (Karekla et al., 2022; Frayn et al., 2020; Strandkov et al., 2017; Pearson et al., 2012). Esta modalidad de tratamiento tiene una serie de ventajas, como mayor accesibilidad y reducción de costos. Además, puede ser especialmente útil para pacientes que tienen dificultades para asistir a terapia en persona debido a limitaciones geográficas o de tiempo. Asimismo, el desarrollo de libros especialmente diseñados para el tratamiento de los TCA desde una intervención ACT también puede ser beneficioso, ya que permite a los pacientes trabajar en el tratamiento en su propio tiempo y ritmo, y puede ayudar a reforzar y recordar los conceptos importantes de la terapia (Fogelkvist et al., 2022, 2020). En particular, la utilización la psicoeducación en las intervenciones ACT es importante porque puede proporcionar a los pacientes herramientas efectivas y prácticas para el tratamiento de los TCA, al mismo tiempo que se les brinda información importante sobre los trastornos y cómo manejarlos.

Durante la presente revisión sistemática, se identificaron varias limitaciones en los estudios incluidos. En primer lugar, se detectó la presencia de tres estudios preexperimentales (Fogelkvist et al., 2016; Frayn et al., 2020; Juarascio et al., 2017), cuya inclusión representa una

limitación importante para evaluar la efectividad de las intervenciones terapéuticas, ya que estos estudios no cuentan con un grupo de control que permita establecer la causalidad entre la intervención y la mejoría de los factores transdiagnósticos. Asimismo, los estudios preexperimentales suelen presentar un diseño más débil en comparación con los estudios experimentales, lo que aumenta la probabilidad de sesgos y limita la generalización de los resultados. Por lo tanto, los resultados obtenidos a través de estos estudios deben ser interpretados con precaución.

Otra limitación que se observó se relaciona con el seguimiento de los pacientes. Aunque algunas intervenciones contaron con un seguimiento de hasta dos años (Fogelkvist et al., 2020, 2022), no todos los estudios incluidos en la revisión tuvieron un seguimiento prolongado, lo que podría limitar la capacidad de los estudios para evaluar los efectos a largo plazo.

Además, se encontró que todos los estudios revisados se llevaron a cabo en países específicos, a saber: Suecia, Estados Unidos, Canadá y Chipre. Esta particularidad podría afectar la generalización de los hallazgos a otras poblaciones y culturas. Asimismo, las muestras de los estudios fueron relativamente pequeñas, lo que podría limitar la capacidad de los estudios para detectar efectos significativos.

Por último, se observó que solo un número limitado de los estudios incluyó adolescentes (Fogelkvist et al., 2022; Karekla et al., 2022) y hombres (Frayn et al., 2020; Juarascio et al., 2021; Strandskov et al., 2017) en sus muestras, lo que indica la necesidad de investigar más acerca de la efectividad de la ACT en estas poblaciones específicas.

Según Herpertz-Dahlmann (2015), es crucial enfatizar la importancia de investigar los TCA en la adolescencia, ya que es en esta etapa donde suelen aparecer estos trastornos. Por su parte, Blakemore (2018) sostiene que la adolescencia es una etapa crítica en el desarrollo humano en la que se producen cambios significativos en el comportamiento, las emociones y la cognición, lo que la hace vulnerable a la aparición de trastornos mentales, incluyendo los TCA. Esto se debe a diversos factores, tales como cambios en las estructuras cerebrales y funciones cognitivas, presiones sociales y culturales, predisposición genética y factores de riesgo ambientales. En este sentido, Gonçalves et al. (2013) indican que los adolescentes pueden estar expuestos a presiones sociales y culturales que fomentan la delgadez y valoran la apariencia física, aumentando aún más el riesgo de TCA. Por lo tanto, es esencial investigar la efectividad de los tratamientos para los TCA en la población adolescente, ya que estos trastornos pueden tener un impacto profundo en la calidad de vida de los jóvenes afectados y sus familias.

Siguiendo con lo mencionado previamente, los adolescentes que padecen TCA enfrentan graves problemas psicosociales, como el aislamiento social y la dependencia total de los padres, lo que puede interferir con la adaptación al desarrollo de la pubertad y el dominio de las tareas necesarias para convertirse en adultos saludables y funcionales (Grave et al., 2021). Asimismo, los TCA pueden afectar negativamente el rendimiento académico y las relaciones interpersonales de los adolescentes (Adelantado-Renau et al., 2018), además de provocar complicaciones físicas, tales como osteopenia y osteoporosis, detención o retraso del crecimiento, y cambios funcionales y estructurales en el cerebro (Grave et al., 2021). Según Blakemore (2018), a pesar de la gravedad de los TCA en la adolescencia, el cerebro adolescente es particularmente moldeable y adaptable, lo que significa que esta etapa vital podría ser clave para que el entorno ejerza efectos positivos y se implementen estrategias e intervenciones psicoterapéuticas eficaces. Por lo tanto, es fundamental continuar investigando y desarrollando nuevas estrategias y procedimientos de tratamiento eficaces para esta población.

En definitiva, aunque los estudios revisados ofrecen información valiosa sobre la efectividad de la ACT en los trastornos de la conducta alimentaria, las limitaciones identificadas como la presencia de estudios preexperimentales y la composición de las muestras, sugieren que se necesitan más investigaciones rigurosas para confirmar estos hallazgos.

Se sugiere como futura línea de investigación la realización de estudios con diseños experimentales que incluyan grupos de control y medidas de seguimiento estandarizadas prolongadas, con el fin de evaluar la efectividad a largo plazo de las intervenciones. Además, se recomienda la inclusión de muestras más grandes y representativas, incluyendo tanto hombres como mujeres y adolescentes, para garantizar la generalización de los hallazgos. Así como se sugiere ampliar la diversidad geográfica de los estudios para asegurar la validez externa de los resultados y su aplicabilidad en contextos culturales y socioeconómicos diversos. Finalmente, sería útil explorar la eficacia de la ACT en la reducción del factor transdiagnóstico del perfeccionismo en pacientes con TCA, ya que la literatura actual sugiere que este factor puede ser importante para el tratamiento de los TCA.

En consecuencia, es esencial continuar llevando a cabo investigaciones más rigurosas y exhaustivas en esta área con el fin de avanzar en el conocimiento de la efectividad de la ACT y así mejorar el tratamiento de estos trastornos.

Conclusiones

En suma, esta revisión sistemática ha permitido relevar la evidencia empírica de la eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en los factores transdiagnósticos de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). La ACT es una terapia de tercera generación basada en la aceptación y compromiso, que ha demostrado ser efectiva en una amplia variedad de trastornos mentales. Por otro lado, el modelo transdiagnóstico ha cobrado relevancia en la comprensión y tratamiento de los TCA, al destacar la presencia de factores comunes a distintos trastornos.

La presente revisión sistemática incluyó un total de 10 estudios que evaluaron la eficacia de la ACT en factores transdiagnósticos de los TCA, tales como la insatisfacción corporal, la autoestima y la regulación emocional. Los resultados de la presente revisión sistemática indican que la ACT podría ser una intervención prometedora en el tratamiento de los TCA, ya que se encontró que tiene un impacto positivo significativo en los factores transdiagnósticos, como la insatisfacción corporal, la autoestima y la regulación emocional. Esto sugiere que la ACT podría ser una terapia útil para abordar estos factores subyacentes que contribuyen al desarrollo y mantenimiento de los TCA, incluso en ausencia de un diagnóstico formal. Esto subraya el potencial de la ACT como una intervención transdiagnóstica para tratar a individuos que presentan una variedad de síntomas y diferentes niveles de severidad en trastornos alimentarios. Además, es importante destacar que la mayoría de las intervenciones ACT para los TCA son grupales, lo que hace que la terapia sea más accesible y menos costosa.

Por otro lado, es relevante subrayar que, a pesar de la evidencia positiva encontrada en esta revisión, existen ciertas limitaciones en los estudios incluidos como la composición de las muestras y el hecho de que la mayoría de los estudios se hayan llevado a cabo en países occidentales y del norte. Por lo tanto, se recomienda que futuras investigaciones aborden estas limitaciones y exploren aún más la eficacia de la ACT en los factores transdiagnósticos de los TCA, considerando también la inclusión de muestras más diversas.

En conclusión, la ACT parece ser una terapia prometedora en el tratamiento de los TCA, ya que su enfoque transdiagnóstico se ajusta a las necesidades de los pacientes y a la complejidad de los trastornos alimentarios. En este sentido, la ACT se presenta como una terapia prometedora para abordar los factores transdiagnósticos en los TCA y se sugiere la necesidad de continuar investigando en esta área para mejorar el tratamiento de estos trastornos psicológicos.

Referencias bibliográficas

- APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5* (5.^a ed., 2.^a reimp). Editorial Médica Panamericana.
- Adelantado-Renau, M., Beltran-Valls, M. R., Toledo-Bonifás, M., Bou-Sospedra, C., Pastor, M. ^a C., & Moliner-Urdiales, D. (2018). The risk of eating disorders and academic performance in adolescents: DADOS study. *Nutricion Hospitalaria*, 35(5), 1201-1207. <https://doi.org/10.20960/nh.1778>
- Arévalo, R. V., Aguilar, X. L., Téllez-Girón, M. T. O., & Mancilla-Díaz, J. M. (2015). Eating disorders diagnostic: from the DSM-IV to DSM-5. *Revista Mexicana de trastornos alimentarios*, 6(2), 108-120. <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2015.10.003>
- Blakemore, S.-J. (2018). *La invención de uno mismo: La vida secreta del cerebro adolescente*. Editorial Ariel.
- Castellini, G., Lo Sauro, C., Mannucci, E., Ravaldi, C., Rotella, C. M., Faravelli, C., & Ricca, V. (2011). Diagnostic Crossover and Outcome Predictors in Eating Disorders According to DSM-IV and DSM-V Proposed Criteria: A 6-Year Follow-Up Study. *Psychosomatic Medicine*, 73(3), 270. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31820a1838>
- Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2011). The evolution of “enhanced” cognitive behavior therapy for eating disorders: Learning from treatment nonresponse. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18, 394-402. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2010.07.007>
- Eaton, N. R., Rodriguez-Seijas, C., Carragher, N., & Krueger, R. F. (2015). Transdiagnostic factors of psychopathology and substance use disorders: A review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(2), 171-182. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-1001-2>

Eddy, K. T., Dorer, D. J., Franko, D. L., Tahilani, K., Thompson-Brenner, H., & Herzog, D. B. (2008). Diagnostic crossover in anorexia nervosa and bulimia nervosa: Implications for DSM-V. *The American Journal of Psychiatry*, *165*(2), 245-250.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07060951>

Fairburn, C. (1981). A cognitive behavioural approach to the treatment of bulimia. *Psychological Medicine*, *11*(4), 707-711. <https://doi.org/10.1017/S0033291700041209>

Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, *41*(5), 509-528. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00088-8)

Fairburn, C. G., Kirk, J., O'Connor, M., & Cooper, P. J. (1986). A comparison of two psychological treatments for bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, *24*(6), 629-643. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(86\)90058-6](https://doi.org/10.1016/0005-7967(86)90058-6)

Fogelkvist, M., Aila Gustafsson, S., Kjellin, L., & Parling, T. (2022). Predictors of outcome following a body image treatment based on acceptance and commitment therapy for patients with an eating disorder. *Journal of Eating Disorders*, *10*(1), 90.
<https://doi.org/10.1186/s40337-022-00615-9>

Fogelkvist, M., Gustafsson, S. A., Kjellin, L., & Parling, T. (2020). Acceptance and commitment therapy to reduce eating disorder symptoms and body image problems in patients with residual eating disorder symptoms: A randomized controlled trial. *Body Image*, *32*, 155-166. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.01.002>

Fogelkvist, M., Parling, T., Kjellin, L., & Gustafsson, S. A. (2016). A qualitative analysis of participants' reflections on body image during participation in a randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy. *Journal of Eating Disorders*, *4*(1), 29.

<https://doi.org/10.1186/s40337-016-0120-4>

Forbush, K. T., Hagan, K. E., Kite, B. A., Chapa, D. A. N., Bohrer, B. K., & Gould, S. R. (2017).

Understanding eating disorders within internalizing psychopathology: A novel transdiagnostic, hierarchical-dimensional model. *Comprehensive Psychiatry*, *79*, 40-52.

<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.06.009>

Frayn, M., Khanyari, S., & Knäuper, B. (2020). A 1-day acceptance and commitment therapy

workshop leads to reductions in emotional eating in adults. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, *25*(5), 1399-1411.

<https://doi.org/10.1007/s40519-019-00778-6>

Gonçalves, J. de A., Moreira, E. A. M., Trindade, E. B. S. de M., & Fiates, G. M. R. (2013).

Eating disorders in childhood and adolescence. *Revista Paulista de Pediatria*, *31*, 96-103. <https://doi.org/10.1590/S0103-05822013000100016>

Grave, R. D., Sartirana, M., Sermattei, S., & Calugi, S. (2021). Treatment of Eating Disorders in Adults Versus Adolescents: Similarities and Differences. *Clinical Therapeutics*, *43*(1), 70-

84. <https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2020.10.015>

Griffiths, C., Williamson, H., Zucchelli, F., Paraskeva, N., & Moss, T. (2018). A Systematic

Review of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for Body Image Dissatisfaction and Weight Self-Stigma in Adults. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *48*(4), 189-204. <https://doi.org/10.1007/s10879-018-9384-0>

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and

commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, *44*(1), 1-25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>

Hayes, S. C. (2016). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies – Republished Article. *Behavior Therapy*, 47(6), 869-885. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.11.006>

Herpertz-Dahlmann, B. (2015). Adolescent Eating Disorders: Update on Definitions, Symptomatology, Epidemiology, and Comorbidity. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 24(1), 177-196. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2014.08.003>

Juarascio, A. S., Manasse, S. M., Espel, H. M., Schumacher, L. M., Kerrigan, S., & Forman, E. M. (2017). A pilot study of an acceptance-based behavioral treatment for binge eating disorder. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(1), 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2016.12.003>

Juarascio, A. S., Parker, M. N., Hunt, R., Murray, H. B., Presseller, E. K., & Manasse, S. M. (2021). Mindfulness and acceptance-based behavioral treatment for bulimia-spectrum disorders: A pilot feasibility randomized trial. *International Journal of Eating Disorders*, 54(7), 1270-1277. <https://doi.org/10.1002/eat.23512>

Juarascio, A. S., Schumacher, L. M., Shaw, J., Forman, E. M., & Herbert, J. D. (2015). Acceptance-based treatment and quality of life among patients with an eating disorder. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(1), 42-47. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.11.002>

Juarascio, A., Shaw, J., Forman, E., Timko, C. A., Herbert, J., Butryn, M., Bunnell, D., Matteucci, A., & Lowe, M. (2013). Acceptance and Commitment Therapy as a Novel Treatment for Eating Disorders: An Initial Test of Efficacy and Mediation. *Behavior Modification*, 37(4), 459-489. <https://doi.org/10.1177/0145445513478633>

Karekla, M., Nikolaou, P., & Merwin, R. M. (2022). Randomized Clinical Trial Evaluating

AcceptME—A Digital Gamified Acceptance and Commitment Early Intervention Program for Individuals at High Risk for Eating Disorders. *Journal of Clinical Medicine*, 11(7), 1775. <https://doi.org/10.3390/jcm11071775>

Keski-Rahkonen, A., & Mustelin, L. (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe: Prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(6), 340-345. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000278>

Latzer, Y., & Stein, D. (2019). Introduction: Novel perspectives on the psychology and psychotherapy of eating disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 75(8), 1369-1379. <https://doi.org/10.1002/jclp.22786>

Lazarevic, J., Batinic, B., & Vukosavljevic-Gvozden, T. (2016). Risk factors and the prevalence of anorexia nervosa among female students in Serbia. *Vojnosanitetski Pregled*, 73(1), 34-41. <https://doi.org/10.2298/VSP130709121L>

McLaren, L., Gauvin, L., & White, D. L. (2001). The role of perfectionism and excessive commitment to exercise in explaining dietary restraint: Replication and extension. *International Journal of Eating Disorders*, 29(3), 307-313. <https://doi.org/10.1002/eat.1023>

Ministerio de Salud Pública. (2011, septiembre 9). Decreto N°305/011. *Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud*. <https://www.impo.com.uy/bases/decretos-originales/305-2011>

Ministerio de Salud Pública. (2022, septiembre 16). *Trastornos de la conducta alimentaria*. GUB. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/trastornos-conducta-alimentaria>

Munguía, L., Jiménez-Murcia, S., Granero, R., Baenas, I., Agüera, Z., Sánchez, I., Codina, E., del Pino-Gutiérrez, A., Testa, G., Treasure, J., & Fernández-Aranda, F. (2021). Emotional regulation in eating disorders and gambling disorder: A transdiagnostic approach. *Journal of Behavioral Addictions*, *10*(3), 508-523.
<https://doi.org/10.1556/2006.2021.00017>

OMS. (2022, junio 8). *Trastornos mentales*. Organización Mundial de la Salud.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

Orth, U., Trzesniewski, K. H., & Robins, R. W. (2010). Self-esteem development from young adulthood to old age: A cohort-sequential longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, *98*(4), 645-658. <https://doi.org/10.1037/a0018769>

Pearson, A. N., Follette, V. M., & Hayes, S. C. (2012). A Pilot Study of Acceptance and Commitment Therapy as a Workshop Intervention for Body Dissatisfaction and Disordered Eating Attitudes. *Cognitive and Behavioral Practice*, *19*(1), 181-197.
<https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.03.001>

Prefit, A.-B., Cîndea, D. M., & Szentagotai-Tătar, A. (2019). Emotion regulation across eating pathology: A meta-analysis. *Appetite*, *143*, 104438.
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.104438>

Puttevils, L., Vanderhasselt, M., & Vervaet, M. (2019). Investigating transdiagnostic factors in eating disorders: Does self-esteem moderate the relationship between perfectionism and eating disorder symptoms? *European Eating Disorders Review*, *27*(4), 381-390.
<https://doi.org/10.1002/erv.2666>

Qian, J., Wu, Y., Liu, F., Zhu, Y., Jin, H., Zhang, H., Wan, Y., Li, C., & Yu, D. (2022). An update on the prevalence of eating disorders in the general population: A systematic review and

meta-analysis. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 27(2), 415-428. <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01162-z>

Silverstone, P. H., & Salsali, M. (2003). Low self-esteem and psychiatric patients: Part I – The relationship between low self-esteem and psychiatric diagnosis. *Annals of General Hospital Psychiatry*, 2, 2. <https://doi.org/10.1186/1475-2832-2-2>

Sloan, E., Hall, K., Moulding, R., Bryce, S., Mildred, H., & Staiger, P. K. (2017). Emotion regulation as a transdiagnostic treatment construct across anxiety, depression, substance, eating and borderline personality disorders: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 57, 141-163. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.002>

Stice, E., & Shaw, H. E. (2002). Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology: A synthesis of research findings. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(5), 985-993. [https://doi.org/10.1016/s0022-3999\(02\)00488-9](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(02)00488-9)

Strandskov, S. W., Ghaderi, A., Andersson, H., Parmskog, N., Hjort, E., Wärn, A. S., Jannert, M., & Andersson, G. (2017). Effects of Tailored and ACT-Influenced Internet-Based CBT for Eating Disorders and the Relation Between Knowledge Acquisition and Outcome: A Randomized Controlled Trial. *Behavior Therapy*, 48(5), 624-637. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.02.002>

Turner, H. (2014). Garner and Bemis (1982): 'A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa'. *Advances in Eating Disorders*, 2(3), 300-306. <https://doi.org/10.1080/02619288.2014.875675>

Yadavaia, J. E., Hayes, S. C., & Vilardaga, R. (2014). Using Acceptance and Commitment Therapy to Increase Self-Compassion: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(4), 248-257. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.09.002>

Zhu, X., & Yzer, M. (2021). Understanding self-affirmation effects: The moderating role of self-esteem. *British Journal of Health Psychology*, 26(4), 1016-1039.

<https://doi.org/10.1111/bjhp.12517>